

**CAMILA COLIN**

**AVALIAÇÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA COMO RECURSO  
DIAGNÓSTICO DE DOENÇA ARTERIAL  
CORONARIANA**

Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso  
de Graduação em Medicina

**FLORIANÓPOLIS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
2003**

**CAMILA COLIN**

**AVALIAÇÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA COMO RECURSO  
DIAGNÓSTICO DE DOENÇA ARTERIAL  
CORONARIANA**

Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso  
de Graduação em Medicina

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Dr. Roberto Henrique Heinisch

Co-orientador: Prof. Dra. Liana Mirian Miranda Heinisch

**FLORIANÓPOLIS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**2003**

Colin, Camila.

*Avaliação da história clínica como recurso diagnóstico de doença arterial coronariana.*

Florianópolis, 2003.

51 p.

Monografia - Universidade Federal de Santa Catarina - Curso de Graduação em Medicina.

1.Anamnese 2.Diagnóstico 3.Doença Coronariana

## AGRADECIMENTOS

Ao término deste trabalho, gostaria sinceramente de agradecer:

Aos meus pais, ALCEU COLIN e MARIA NILVETE COLIN, que sempre estiveram ao meu lado, dando-me amor, carinho e um exemplo irrepreensível de caráter e honestidade, o qual carregarei durante toda minha vida. Obrigada por terem me dado toda a educação que permitiu que eu chegasse até aqui. Todo mérito desta conquista pertence a eles.

Às minhas irmãs, DANIELA COLIN e CASSIANA COLIN, que acompanharam e estimularam meu crescimento pessoal durante todos estes anos e sempre estiveram ao meu lado nos momentos alegres ou difíceis.

Ao meu querido professor orientador, Prof. ROBERTO HENRIQUE HEINISCH, pela dedicação, amizade, profissionalismo e todas as qualidades que o fazem um ser humano e um médico maravilhoso, servindo sempre de exemplo a mim e todos seus alunos. À minha co-orientadora, LIANA MIRIAN MIRANDA HEINISCH, por toda sua ajuda e carinho.

Agradeço à família RIZZATTI, principalmente ao meu grande companheiro durante esta jornada, ROBERTO ANTÔNIO RIZZATTI FILHO, por todo seu amor e compreensão, dando-me sempre forças para continuar e aos seus pais ROBERTO ANTÔNIO RIZZATTI e MARIA BERNARDETE RIZZATTI, por terem me acolhido como uma filha e à ANA PAULA RIZZATTI, por ter me suportado embaixo do mesmo teto e dado sempre seus conselhos psicológicos.

Agradeço à minha grande amiga de infância, LUCIANA FERNANDEZ GRÜDTNER GUIMARÃES, que sempre se mostrou como uma irmã em todos os momentos da minha vida e que sempre estará ocupando um lugar enorme em meu coração. Agradeço também à minha melhor amiga durante a faculdade, ANGELA GALLINA BERTASO, que conseguiu tornar meu dia-a-dia mais alegre e aos meus amigos CAROLINE OROSCO MACIEL, CARLOS EDUARDO MARTINS DOS SANTOS, GLAUCIA GONÇALVES DE SOUSA e RODRIGO CAVALHEIRO, pela sua amizade e bom humor constantes.

À minha filha canina, BEATRIZ (BIA) COLIN, por ter me tornado uma pessoa mais feliz.

A todos os pacientes que me ajudaram todos estes anos a me tornar um ser humano mais evoluído.

Finalmente agradeço à DEUS por ter me dado todos estes presentes. Obrigada.



# ÍNDICE

1. Introdução .....	1
2. Objetivos.....	5
3. Método.....	6
3.1. Delineamento.....	6
3.2. Casuística.....	6
3.3. Instrumentos de coleta dos dados .....	6
3.4. Estabelecimento do diagnóstico final .....	7
3.5. Análise dos dados .....	7
3.5.1. Análise do grau de acordo entre dois observadores .....	8
3.5.2. Análise do desempenho da história clínica como teste diagnóstico .....	9
3.5.3. Avaliação qualitativa dos modelos de entrevista médica .....	9
3.6. Aspectos éticos .....	9
4. Resultados.....	10
4.1. Dados gerais .....	10
4.2. Análise do grau de acordo entre dois observadores .....	11
4.3. Análise do desempenho da história clínica como teste diagnóstico .....	12
4.4. Avaliação qualitativa dos modelos de entrevista médica .....	13
5. Discussão .....	16
6. Conclusões.....	23
7. Referências .....	24
Normas Adotadas .....	26
Resumo .....	27
Abstract.....	29

# 1. INTRODUÇÃO

A dor torácica, tipo anginosa, é a manifestação clínica maior da isquemia miocárdica. Várias doenças intratorácicas e não cardíacas causam dor torácica. O principal trabalho do médico é identificar quando o sintoma está relacionado com o problema cardíaco. Esta tarefa tem importância prognóstica, pois deixar de fazer o diagnóstico pode significar tratamento inadequado e perda da capacidade funcional ou da própria vida do paciente.

O principal recurso diagnóstico que dispomos para investigar pacientes com dor torácica é a anamnese. As circunstâncias em que ocorre o encontro do médico com o paciente, a forma e o conteúdo do diálogo e a interpretação deste serão os principais fatores de sucesso ou insucesso na tarefa de fazer o diagnóstico a partir da história clínica. Em pacientes com dor torácica são considerados principalmente cinco características: qualidade, localização, duração da dor, fatores de agravo e fatores de alívio, podendo ser classificada em angina típica, atípica ou dor torácica não cardíaca.

A anamnese origina-se de *aná* = trazer de volta, recordar e *mnese* = memória. Significa trazer de volta à mente os fatos relacionados com a pessoa e suas manifestações de doença<sup>1,2</sup>, permitindo registrar a entrevista médica, aperfeiçoar a relação médico-paciente, as inúmeras maneiras de sentir, sofrer, interpretar o que se sente, de relatar o que se passa no íntimo de cada um, na saúde e na doença. A anamnese pode ser conduzida de duas maneiras: i) deixando-se o paciente relatar livre e espontaneamente suas queixas sem qualquer interferência do entrevistador, que se limita a ouvi-lo; ii) a outra maneira é o que se pode denominar anamnese dirigida. Quando se usa esta técnica o paciente não terá oportunidade de fazer um relato livre e dispersivo, pois haverá um esquema básico de perguntas que conduzirá a entrevista de modo mais objetivo. A anamnese dirigida exige rigor técnico na sua execução, de modo que não se conduza por idéias preconcebidas<sup>2,3</sup>.

Pacientes não procuram o médico com doenças descritas. Em geral apresentam-se com síndromes compostas de diversos sintomas e sinais. Tais síndromes são quase sempre inespecíficas, no sentido de que poderiam ser causadas por qualquer uma dentre as diversas possíveis patologias. O objetivo da sessão do diagnóstico é, então, identificar a doença responsável pela síndrome que o paciente apresenta, sendo, portanto, um problema de mapeamento inverso<sup>4</sup>. Após a análise e ponderação de todos os achados clínicos (sinais e



sintomas), o médico estabelece o diagnóstico sindrômico e prováveis hipóteses diagnósticas. A partir dessa etapa irá se delinear a conduta diagnóstica e terapêutica do caso clínico.

O processo de diagnóstico clínico consiste basicamente de dois procedimentos: a coleta de fatos e análise destes fatos. O processo é bastante complexo e os erros no diagnóstico podem ser devidos à conduta imperfeita em ambos os procedimentos. O número de fatos que podem ser recolhidos numa história detalhada e através do exame físico é praticamente incontável. Assim, toda questão que o médico pergunta, ou dado que obtém no exame físico, devem ser cuidadosamente selecionados para eliminar alguns possíveis diagnósticos e para orientar a investigação de maneira mais objetiva possível <sup>4</sup>.

A doença coronariana isquêmica é um distúrbio da função cardíaca devido ao desequilíbrio entre o suprimento e a demanda de oxigênio do miocárdio <sup>5</sup> resultante da obstrução das artérias coronárias, geralmente secundária à aterosclerose <sup>6</sup>.

Estima-se que cinco a oito milhões de indivíduos com dor no peito ou outros sintomas sugestivos de isquemia miocárdica aguda sejam vistos anualmente nas salas de emergência nos Estados Unidos <sup>7,8</sup>. No nosso país não existem números ou estimativas da quantidade de atendimentos de dor torácica nas salas de emergência. Dados do DATASUS e do Ministério da Saúde indicam a ocorrência de perto de 76.600 mortes por doença isquêmica em 1999 (Ministério da Saúde) <sup>9</sup>.

A dor torácica de origem isquêmica apresenta-se sob várias formas, incluindo angina estável, angina instável e infarto agudo do miocárdio. A angina estável é definida como um desconforto precordial (ou em áreas subjacentes), usualmente desencadeada por esforço físico e estresse, associada com um distúrbio da função miocárdica, mas sem haver necrose do mesmo <sup>10</sup>.

A angina instável caracteriza-se como uma angina em repouso ou como um aumento na frequência, intensidade (gravidade) ou duração da dor, situando-se de forma intermediária entre a angina estável e o infarto agudo do miocárdio <sup>10</sup>.

O estudo CASS (Coronary Artery Surgery Study – Anexo 1), publicado em 1981, apresentou uma classificação de dor torácica voltada para o diagnóstico de doença coronária, que é dividida em quatro tipos: definitivamente anginosa, provavelmente anginosa, provavelmente não anginosa e definitivamente não anginosa, que segue como referência até hoje <sup>11</sup>.

TAYLOR, AITCHISON e McGIRR <sup>12</sup> analisando o processo de diagnóstico clínico apontaram algumas fontes importantes no processo: os dados da doença do paciente podem estar incompletos, por ainda não terem surgido evidências suficientes desta, ou em qualquer período, se o clínico não obteve informações completas e pertinentes. Pode haver uma falta de eficácia na análise sistemática, mesmo que os dados sejam corretos e suficientes para concluir o diagnóstico. O médico pode deixar-se influenciar pela sua hipótese diagnóstica inicial, de modo a deixar de colher dados essenciais ou interpretar erroneamente as evidências acumuladas, ou ainda deixar que suas preferências pessoais o influenciem na tomada de decisão.

Dentro deste contexto iniciamos uma linha de pesquisa para estudar a entrevista médica. Várias perguntas surgiram: Qual o desempenho da anamnese como teste diagnóstico de isquemia miocárdica? Qual seria a melhor forma de questionar um paciente com o sintoma? De forma direta? Ou livre? Ou ainda um modelo intermediário?

Há propostas de sistemas de apoio a tomada de decisão médica que se utilizam de computadores para o processo diagnóstico <sup>4</sup>. A maioria destes sistemas oferece um conjunto de perguntas e respostas em um formulário tipo banco de dados. De acordo com a resposta do entrevistado o diagnóstico é estabelecido em um algoritmo. Estes sistemas têm sido testados em emergências e unidades de dor torácica. Ainda não temos dados suficientemente confiáveis para substituir o computador pelo médico. No presente trabalho será testado o primeiro passo que é tomado na utilização destes sistemas, ou seja o da coleta dos dados. A coleta de dados pode ser feita diretamente com o paciente ou através de um intermediário. Optamos por testar um modelo em que há um entrevistador que serve como intermediário na coleta dos dados. Nesse caso não há um contato direto do paciente com o formulário de coleta de dados. Isso mostrou-se necessário devido o perfil da população estudada. Em outro estudo de nosso laboratório de pesquisa tivemos dificuldades para testar um questionário em que o paciente respondia diretamente sem a intervenção do entrevistador <sup>13</sup>. Naquela oportunidade os pacientes diziam ter problemas visuais e não conseguiam ler as perguntas. Alguns assumiam a dificuldade de ler e de entender o que estava sendo perguntado. Apesar de os pacientes afirmarem serem alfabetizados, assinarem o próprio nome e de alguns terem cursado o ensino fundamental, observou-se que não conseguiam ler e não conseguiam entender o que desejávamos perguntar. Tendo o entrevistador de intermediário, e abrindo a possibilidade de explicar para os pacientes cada questão, na linguagem e no nível social e



cultural deles foi possível completar com sucesso aquele estudo sobre qualidade de vida pós-infarto agudo do miocárdio.

O presente trabalho foi um desafio em termos de metodologia e de compreensão do que imaginamos ser uma pesquisa científica na área médica. No início surgiram muitas dúvidas sobre a possibilidade de aceitação do tema e da metodologia por uma comissão de avaliação formada de especialistas. Entretanto, a medida que foi feita a revisão da literatura e comprovada a viabilidade do trabalho pôde-se constatar que existem vários pesquisadores estudando o mesmo tema e seguindo metodologias similares. A apresentação das opiniões dos pacientes e da entrevistadora, em forma de quadros, enriquece muito o trabalho e abre grandes possibilidades para a continuidade da pesquisa.

Um outro enfoque que merece discussão é a variabilidade interobservador na entrevista médica. O grau de acordo entre observadores têm sido medido por vários índices e em variadas circunstâncias. Observa-se que mesmo em situações objetivas de manobras de exame físico ou de interpretação de exames complementares há uma ampla variação no grau de acordo sobre o diagnóstico final. A falta de perfeita confiabilidade em diagnóstico baseado em anamnese e exame físico é vista algumas vezes como fraqueza e comparativamente menor confiabilidade em comparação com exames de imagem ou de laboratório <sup>14</sup>. Pesquisas demonstram que a maioria dos exames complementares como radiografia de tórax, tomografia computadorizada, angiografia, ressonância magnética, ultra-sonografia, endoscopia e patologia também apresentam um acordo interobservador menor do que o esperado e com índices estatísticos similares aos dos sinais físicos <sup>14</sup>. Vários trabalhos já demonstraram essa variabilidade e somente através de um cuidadoso processo de anamnese e exame físico podemos minimizar essa variação no grau de acordo e tornarmos assim o processo diagnóstico mais eficaz.

Qual seria o grau de acordo interobservador em uma situação mais subjetiva como a anamnese? E qual seria este grau de acordo entre observadores com formação diferenciada de experiência clínica e de conhecimento dos dados de evolução e de exames complementares?

Efetuar estes exercícios sobre o desempenho da história clínica como teste diagnóstico de dor torácica e a medida do grau de acordo entre observadores, assim como a avaliação qualitativa dos modelos de entrevista médica constituem os objetivos do presente trabalho.

## **2. OBJETIVOS**

Em uma casuística de 30 pacientes com dor torácica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, este estudo teve como objetivos:

1. Avaliar a medida do grau de acordo interobservadores;
2. Estabelecer o desempenho da história clínica como teste diagnóstico de doença arterial coronariana;
3. Avaliar dois modelos de história clínica: tradicional e tipo banco de dados.



## **3. MÉTODO**

### ***3.1. Delineamento***

Foi realizado um estudo observacional, controlado, individual, contemporâneo, do tipo transversal através de entrevistas, sendo estas aplicadas no período de 13 de maio de 2002 a 08 de agosto de 2002, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

Os formulários das entrevistas foram aplicados em pacientes de diferentes setores do Hospital Universitário, os quais incluíram o setor de emergência, unidades de internação, unidade de terapia intensiva e setor de ambulatório.

### ***3.2. Casuística***

A casuística consistiu de trinta pacientes dos setores citados, de ambos os sexos e que estivessem dentro dos critérios de inclusão e exclusão pré-determinados. Os pacientes entrevistados tinham idade igual ou superior a 21 anos, sem deficiência cognitiva e com queixa de dor torácica, apresentando consentimento informado livre e esclarecido. Foram excluídos os pacientes com incapacidade psíquica ou cognitiva ou que não aceitaram participar do trabalho.

### ***3.3. Instrumentos de coleta dos dados***

Os pacientes foram randomizados através da sequência de inclusão no estudo e foram aplicados dois modelos de entrevista médica simultaneamente: modelo tradicional e modelo computadorizado, tipo banco de dados. Primeiramente foi aplicado o modelo de entrevista médica tradicional que consistia na caracterização da queixa de dor torácica através de perguntas abertas apenas da queixa principal e história da doença atual (tempo, qualidade, localização, irradiação, fatores de agravamento e alívio, duração, intensidade, sinais e sintomas concomitantes, periodicidade, relação da dor com funções e diagnósticos prévios de infarto e pericardite), com registro manual das respostas, em formulário específico (Apêndice 1).

Em seguida, foi aplicado o modelo de entrevista médica computadorizado que consistia em perguntas sobre a dor torácica e a apresentação de opções de resposta, em que o paciente respondia apenas sim ou não, em um formulário tipo banco de dados (Apêndice 2).

Após a aplicação dos questionários o entrevistador anotava o provável diagnóstico no formulário utilizado (Apêndices 1 e 2), em campo específico, baseado apenas nas informações colhidas do paciente. O entrevistador desconhecia o diagnóstico final, pois não tinha acesso ao prontuário ou às informações do médico assistente.

A avaliação dos modelos de entrevista médica foi feita pelo entrevistador e pelos pacientes através da aplicação de novos formulários que incluíam perguntas abertas sobre qual a preferência entre os modelos, em qual modelo o paciente sentiu-se mais à vontade e qual permitiu melhor caracterizar a dor (Apêndices 3 e 4).

### ***3.4. Estabelecimento do diagnóstico final***

O diagnóstico final foi estabelecido de forma independente por um médico cardiologista que tinha conhecimento de todas as informações do paciente tais como laudos de exames complementares e evolução intra-hospitalar. Este profissional, membro do grupo de estudo, anotava em ficha específica o diagnóstico do paciente (Apêndice 5), contudo, não tinha acesso às informações colhidas e ao diagnóstico da examinadora.

Após o preenchimento das fichas diagnósticas, os diagnósticos finais dados pela examinadora e pelo médico assistente foram comparados a fim de estabelecer quantitativamente o grau de acordo. O tipo de dor anginosa foi classificada de acordo com o estudo CASS<sup>11</sup> em definitivamente anginosa (a), provavelmente anginosa (b), provavelmente não anginosa (c) e definitivamente não anginosa (d). Os pacientes classificados em a ou b recebiam diagnóstico de angina e os classificados em c ou d em não-angina.

### ***3.5. Análise dos dados***

As variáveis categóricas (por exemplo, sexo, estado civil, residência) foram expressas por número e percentual do valor total, enquanto que as variáveis contínuas (por exemplo, idade e número de internações anteriores) foram representadas como a média dos valores encontrados mais ou menos um desvio padrão.

Para a computação e a análise dos dados foram empregados programas de computador: Epiinfo 6.0<sup>®</sup> e o Microsoft Excel 2000<sup>®</sup>.

3.5.1. Análise do grau de acordo entre dois observadores

As observações dos dois observadores que examinaram os mesmos N pacientes foram dispostas em uma tabela 2 x 2, onde para o Observador A a angina estava presente em w1 pacientes e ausente em w2 pacientes e para o Observador B estava presente em y1 pacientes e ausente em y2 pacientes <sup>14</sup>. Os dois observadores concordaram com o diagnóstico em a pacientes e este estava ausente em d pacientes.

		Observador B		
		Sinal +	Sinal -	
Observador A	Sinal +	a	b	w1
	Sinal -	c	d	w2
		y1	y2	N

Figura 1 – Tabela convencional mostrando dados para cálculo de valor de *Kappa*.

O acordo observado entre os observadores foi calculado segundo a fórmula:  $P0 = (a + d) / N$ , e o acordo ao acaso foi calculado pela fórmula:  $PE = (w1y1 + w2y2) / N.N$ . Através destas fórmulas calculou-se o índice *Kappa* que representa o acordo observado além do esperado ao acaso, dividido pelo máximo incremento que poderia ser observado se o acordo fosse perfeito entre os observadores:  $k = (PO - PE) / (1 - PE)$ . O índice *Kappa* usualmente tem valores entre 0 e 1, sendo que o valor 0 indica que o acordo interobservador é o mesmo que esperado pelo acaso, e o valor 1 indica acordo perfeito. De acordo com a convenção, o valor de *Kappa* entre 0 e 0,2 indica acordo leve, 0,2 a 0,4 acordo pequeno, 0,4 a 0,6 acordo moderado, 0,6 a 0,8 acordo substancial e 0,8 a 1,0 quase acordo perfeito. Raramente sinais físicos tem valores de *Kappa* menores que 0 (teoricamente -1), indicando que o acordo interobservador foi pior que o esperado ao acaso.



### 3.5.2. *Análise do desempenho da história clínica como teste diagnóstico*

Para avaliar o desempenho da história clínica como teste diagnóstico foram calculados a sensibilidade e especificidade da anamnese através das seguintes fórmulas: sensibilidade =  $a / a + c$  e especificidade =  $d / b + d$  e o valor preditivo positivo =  $a / (a + b)$  e valor preditivo negativo =  $d / (c + d)$ .

### 3.5.3. *Avaliação qualitativa dos modelos de entrevista médica*

Foram utilizados questionários específicos preenchidos pelos pacientes e pelo entrevistador para avaliar qualitativamente parâmetros como: qual o melhor modelo utilizado, em qual modelo o paciente sentiu-se ou comportou-se mais à vontade e qual modelo permitiu informar melhor as características pesquisadas. (Apêndices 3 e 4)

## 3.6. *Aspectos éticos*

O trabalho em questão foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina.

Todos os pacientes que concordaram em participar da pesquisa assinaram um consentimento livre e esclarecido, do qual uma cópia permaneceu com o pesquisador e outra com o paciente.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Dados gerais

No período de maio a agosto de 2002 foram incluídos 30 pacientes de diferentes setores do HU / UFSC, com queixa de dor torácica.

Os pacientes entrevistados eram 60% do sexo masculino ( $n = 18$ ) e 40% do sexo feminino ( $n = 12$ ). A média da idade dos pacientes foi de  $62,4 \pm 13,0$  anos. O estado civil dos pacientes era de 76,7% casados ( $n = 23$ ), 16,7% viúvos ( $n = 5$ ), 3,3% divorciados ( $n = 1$ ) e 3,3% solteiros ( $n = 1$ ).

Quanto à procedência, 80% dos pacientes residiam em Florianópolis ( $n = 24$ ), 3,3% em Santo Amaro da Imperatriz ( $n = 1$ ), 3,3% em São João Batista ( $n = 1$ ), 3,3% em Imbituba ( $n = 1$ ) e 10% em São José ( $n = 3$ ).

A média do número de internações anteriores dos pacientes foi de  $4,9 \pm 6,2$ .

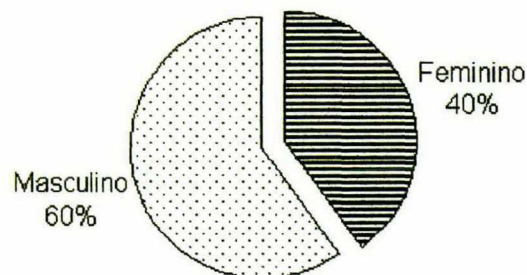


Figura 2 – Distribuição dos pacientes quanto ao sexo

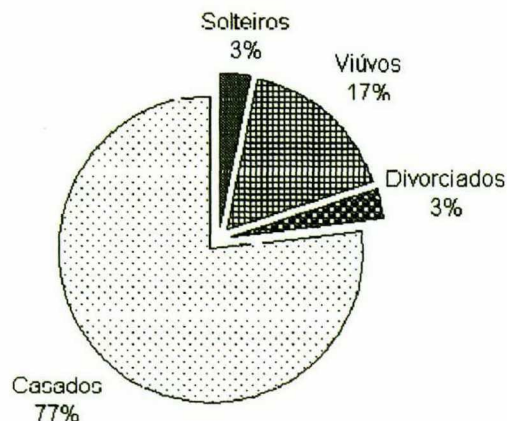


Figura 3 – Distribuição dos pacientes quanto ao estado civil

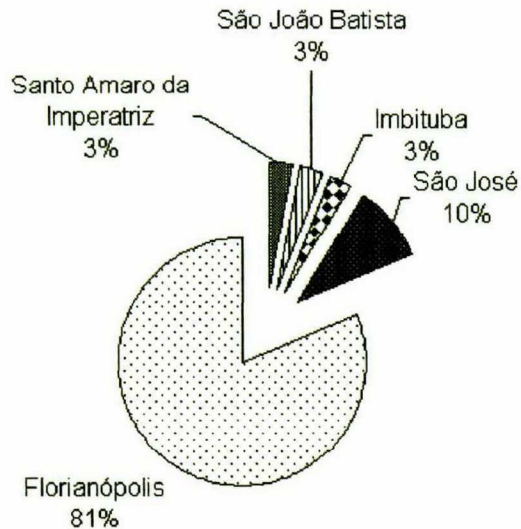


Figura 4 – Distribuição dos pacientes quanto a procedência

4.2. *Análise do grau de acordo entre dois observadores*

A pesquisadora, aqui denominada de observador A, diagnosticou nove pacientes como definitivamente anginosos (30%), 13 como provavelmente anginosos (43,3%), seis como provavelmente não-anginosos (20%) e dois como definitivamente não-anginosos (6,6%). O observador B, que foi o médico cardiologista que estabeleceu o diagnóstico final, registrou sete pacientes como definitivamente anginosos (23,3%), 11 como provavelmente anginosos (36,6%), nove como provavelmente não-anginosos (30%) e três como definitivamente não-anginosos (10%) (**Tabela 1**).

**Tabela 1** - Grau de acordo entre observadores sobre o diagnóstico de angina do peito em um grupo de pacientes com dor torácica a esclarecer

		Observador B					
Observador A		Certamente	Provável	Possível	Duvidoso	Total	Proporção
	Certamente	03	03	03	00	09	09/30
	Provável	02	08	03	00	13	13/30
	Possível	02	00	02	02	06	06/30
	Duvidoso	00	00	01	01	02	02/30
	Total	07	11	09	03	30	
Proporção		07/30	11/30	09/30	03/30		

FONTE: Ficha de coleta de dados do estudo. Florianópolis, 2002.



A seguir os casos foram reclassificados em dois grupos: os que tinham angina do peito (angina definitiva e angina provável) e os que não tinham angina do peito (dor não-anginosa definitiva ou provável). Sob esta nova classificação, registrou-se que o observador A diagnosticou 22 pacientes como tendo angina (73,3%) e oito como não-anginosos (26,6%). O observador B diagnosticou 18 pacientes como anginosos (60%) e 12 como não-anginosos (40%) (**Tabela 2**).

Na análise do diagnóstico de angina do peito feito por dois observadores, em 30 pacientes do HU/UFSC, demonstrou-se que o acordo simples interobservador foi de 0,73, enquanto o acordo ao acaso interobservador foi de 0,54. Através desses dois valores calculou-se o valor do índice *Kappa*, que para o teste diagnóstico em questão foi de 0,41.

**Tabela 2** – Grau de acordo entre observadores sobre o diagnóstico de angina do peito em um grupo de pacientes com dor torácica a esclarecer

Observador A	Observador B		Total
	Angina do Peito	Dor não-anginosa	
Angina do Peito	16	06	22
Dor não anginosa	02	06	08
Total	18	12	30

FONTE: Ficha de coleta de dados do estudo. Florianópolis, 2002.

**4.3. Análise do desempenho da história clínica como teste diagnóstico**

O desempenho da história clínica como teste diagnóstico foi estabelecido através do cálculo da sensibilidade ( $a/a+c$ ) e especificidade ( $d/b+d$ ), assim como dos valores preditivos positivo ( $a/a+b$ ) e negativo ( $d/c+d$ ). A sensibilidade da história clínica foi de 0,88 e a especificidade de 0,5. O valor preditivo positivo encontrado foi de 0,72 e o negativo de 0,75.

**Tabela 3** – Distribuição de pacientes segundo diagnóstico de angina do peito e o teste diagnóstico história clínica

Teste Diagnóstico	Angina Presente		Angina Ausente		Total	
Positivo	16	a	6	b	22	a+b
Negativo	2	c	6	d	8	c+d
Total	18	a+c	12	b+d	30	a+b+c+d

FONTE: Ficha de coleta de dados do estudo. Florianópolis, 2002.

#### 4.4. Avaliação qualitativa dos modelos de entrevista médica

Na opinião dos pacientes, houve preferência pelo modelo de anamnese descritiva tradicional (Apêndice 1) por permitir que estes falassem mais sobre seus problemas, de modo mais pessoal e com suas próprias palavras, conforme descrito no **Quadro 1**. Os pacientes que preferiram o modelo tipo formulário banco de dados (Apêndice 2) justificaram sua escolha por ser um modelo mais objetivo e mais fácil de responder, conforme descrito no **Quadro 2**.

#### **Quadro 1** – Respostas dos entrevistados quanto ao motivo da preferência do modelo de anamnese tradicional

“Porque entende melhor e é mais explicado”.

“Porque é mais fácil de dizer o que sente de verdade”.

“Porque contou as coisas do jeito acontecido”.

“Porque fala a verdade”.

“Porque as perguntas são mais objetivas”.

“Porque falo o que sinto”.

“Porque pergunta e responde o que sente”.

“Porque vai fundo na dor e é mais especulativo”.

“Porque gosto de contar tudo o que já passou, como está sentindo”.

“Porque ia contando”.

“Porque prefiro falar”.

“Porque parece mais pessoal”.

FONTE: questionário de avaliação de modelos de entrevista médica aplicado com o paciente. Florianópolis, HU/UFSC, 2002.

#### **Quadro 2** – Respostas dos entrevistados quanto ao motivo da preferência do modelo formulário banco de dados

“Porque as perguntas são mais precisas”.

“Porque é bem objetiva”.

“Porque ficou mais fácil de escolher e perceber alguns sintomas”.

“Porque é mais prático e mais fácil”.

“Porque dá mais tempo para pensar”.

“Porque é mais fácil de responder”.

“Porque é mais convincente, mais verdadeiro”.

FONTE: questionário de avaliação de modelos de entrevista médica aplicado com o paciente. Florianópolis, HU/UFSC, 2002.



Na opinião do pesquisador, o modelo de mais fácil aplicação foi o modelo de anamnese descritiva tradicional (36%), por ser um modelo que permitiu melhor caracterização da dor através de gesticulações, uma maior interação médico-paciente e a colocação pelo paciente dos seus problemas sócio-econômicos, além da queixa de dor torácica. Outros motivos foram uma maior aceitação deste modelo pelos pacientes por já conhecerem este tipo de entrevista médica e conseqüentemente sentirem-se mais à vontade com este, conforme opiniões no **Quadro 3**.

O modelo formulário tipo banco de dados foi de mais fácil aplicação em 30% dos casos porque alguns pacientes tinham dificuldade em responder perguntas abertas, alguns por serem muito prolixos e caracterizarem melhor a dor quando dadas alternativas e outros por serem muito tímidos e preferirem apenas responderem com sim e não. Outro motivo encontrado foi a maior aceitação por alguns pacientes com este tipo de modelo, conforme opiniões no **Quadro 4**. Em 33% dos pacientes não houve diferença entre a aplicação dos dois formulários.

### **Quadro 3 – Respostas do entrevistador quanto ao motivo da preferência da aplicação do modelo formulário de anamnese descritiva tradicional**

“Paciente informou melhor sem ter as alternativas para escolher”.

“Formulário caracterizou melhor a dor e permitiu maior gesticulação pelo paciente”.

“Permitiu que o paciente falasse sobre seus problemas de saúde e dos problemas sócio-econômicos”.

“Paciente já conhecia o modelo e sentiu-se mais à vontade”.

“Paciente de origem simples compreendeu melhor o modelo adt”.

“Paciente compreendeu melhor o modelo adt”.

“Além de suas queixas, o modelo permitiu que o paciente gesticulasse, explicando mais detalhadamente”.

“Paciente aceitou melhor este modelo”.

“Paciente demonstrou maior facilidade em responder as perguntas abertas”.

“Paciente sentiu-se mais à vontade”.

“Paciente aceitou melhor este modelo”.

FONTE: questionário de avaliação de modelos de entrevista médica aplicado com o entrevistador. Florianópolis, HU/UFSC, 2002.

#### **Quadro 4 – Respostas do entrevistador quanto ao motivo da preferência da aplicação do modelo formulário tipo banco de dados**

“Paciente tinha a característica de falar pouco , expressando-se melhor com a escolha de alternativas”.

“Paciente estava insegura e confusa quanto aos seus sintomas e expressou-se melhor através de alternativas”.

“Paciente verbaliza muito e caracterizou melhor a dor com um modelo mais objetivo”.

“Paciente muito prolixo caracterizou melhor a dor com formulário mais objetivo”.

“Paciente acamado com dificuldade de comunicação caracterizou melhor a dor através de sim e não”.

“Paciente apenas confirmou as respostas dadas anteriormente”.

“Mais fácil aplicação por ser mais objetivo”.

“Mais fácil aplicação por ter sido melhor aceito pelo paciente”.

“Paciente prolixo não conseguia caracterizar bem a dor com perguntas abertas”.

FONTE: questionário de avaliação de modelos de entrevista médica aplicado com o entrevistador. Florianópolis, HU/UFSC, 2002.

As vantagens do modelo de anamnese descritiva tradicional destacadas pelo entrevistador foram: permitiu caracterizar melhor a dor através das palavras do próprio paciente, melhorar a interação médico-paciente por permitir que o paciente falasse não só da sua queixa principal como também de situações sócio-econômica-familiares que o afligiam e melhor entendimento deste modelo em pacientes com pouca escolarização.

As vantagens do modelo formulário tipo banco de dados destacadas pelo entrevistador foram: melhor caracterização de características específicas da dor através da sugestão de alternativas, melhor caracterização da dor em pacientes poliqueixosos ou prolixos, maior aceitação entre os pacientes mais esclarecidos, melhor caracterização da dor em pacientes acamados e com dificuldade de conversação (paciente com dispnéia e tosse por exemplo) através da apresentação de alternativas.



## 5. DISCUSSÃO

Os dados do presente estudo demonstraram que a anamnese, a qual é parte essencial do método clínico, apresenta-se como um recurso diagnóstico de fundamental importância na avaliação de angina em pacientes com dor torácica a esclarecer. Mesmo sendo um recurso de caráter subjetivo e altamente complexo, a anamnese mostrou-se com alto grau de confiabilidade, comparável a outros recursos diagnósticos disponíveis como radiografia de tórax, ultra-sonografia, teste de esforço, tomografia computadorizada e ressonância magnética

14

A solicitação de exames complementares tornou-se um tema central de discussão na medicina; com a evolução tecnológica incessante há um acréscimo exponencial no número de exames que estão disponíveis. É necessário que o médico esteja familiarizado com os atributos de um teste, suas indicações, vantagens, desvantagens, custos, disponibilidade e riscos antes de empregá-lo e tenha sempre em mente que a anamnese continua sendo o instrumento fundamental no diagnóstico clínico. Todo médico deve saber que o ato de diagnosticar é imperfeito, pois a avaliação clínica e os testes complementares são sujeitos a erros. A partir desta afirmação o presente trabalho teve como objetivo avaliar o desempenho da história clínica como teste diagnóstico em pacientes com dor torácica e o grau de acordo no diagnóstico de dois observadores em diferentes níveis de experiência clínica e de disponibilidade de testes complementares, além de uma análise qualitativa dos modelos de entrevista médica.

Há freqüentemente uma exigência na medicina, como em outras ciências, avaliar o acordo de duas medidas feitas por dispositivos, laboratórios ou taxas. Os dispositivos podem medir sintomas e sinais clínicos, laboratórios analisam líquidos, materiais, e tecidos, enquanto os observadores avaliam geralmente pacientes ou assuntos. As várias perguntas a respeito do acordo podem ser feitas. Qual a variação entre duas medidas? Qual é o nível total do acordo? Como se define e mede o acordo? <sup>15</sup>. Muitas pesquisas e esforços clínicos confiam no julgamento de um observador a respeito de uma condição ou sintoma estar presente ou ausente. Não importa qual a base para o julgamento, algum grau de erro é inevitável. Na ausência de laboratório ou de outro teste que possa fornecer um padrão para avaliar a exatidão do julgamento, deve-se confiar no grau de acordo entre diferentes observadores para informar sobre o erro <sup>16</sup>.

No presente trabalho o observador A classificou maior número de pacientes como definitivamente ou provavelmente anginosos e o observador B teve maior número de pacientes classificados como definitivamente não-anginosos e provavelmente não-anginosos. A classificação dos pacientes em dois grupos: anginosos e não anginosos demonstrou que o observador A classificou 73,3% dos pacientes como anginosos, enquanto o observador B diagnosticou 60% neste grupo. O observador A diagnosticou 26,6% dos pacientes como não anginosos e o observador B diagnosticou 40% dos pacientes neste grupo. Essa diferença pode ter ocorrido não apenas devido a menor experiência clínica do observador A (estudante do último ano de Medicina) em comparação com o observador B (médico especialista em cardiologia), assim como a disponibilidade de exames complementares de cada paciente apenas ao observador B. Os exames, como o próprio conceito diz, são complementares, não diminuindo o valor isolado da anamnese no diagnóstico de doenças cardíacas e não-cardíacas, mas em muitos casos auxiliam o diagnóstico em pacientes que não conseguem relatar com clareza o seu quadro clínico ou aqueles que a anamnese não consegue definir o provável diagnóstico.

Muitos estudos clínicos expressam o acordo interobservador utilizando o índice *Kappa*<sup>14,17,18</sup>, o qual representa o acordo observado além do esperado ao acaso, dividido pelo incremento que poderia ser observado se o acordo fosse perfeito entre os observadores. O índice *Kappa* usualmente tem valores entre 0 e 1, indicando o zero que o acordo interobservador é o mesmo que o esperado ao acaso, e o valor 1 indicando que o acordo foi perfeito. De acordo com a convenção, um valor de *Kappa* entre 0 e 0,2 indica acordo leve, 0,2 a 0,4 acordo pequeno, 0,4 a 0,6 acordo moderado, 0,6 a 0,8 acordo substancial e 0,8 a 1,0 quase acordo perfeito. No trabalho em questão o valor de *Kappa* encontrado foi de 0,41. O valor encontrado indica que para a anamnese como teste diagnóstico o acordo interobservador foi moderado. O índice *Kappa* calculado para alguns sinais físicos (Anexo 2) demonstram que, com raras exceções, o acordo observado foi melhor que o acordo ao acaso (isto é, valor de *Kappa*>0). Aproximadamente 60% dos achados tiveram um índice *Kappa* de 0,4 ou mais, indicando que o acordo observado foi moderado, substancial ou quase perfeito. A falta de acordo ocorre por muitas razões, por exemplo, a definição de sinais físicos vaga ou ambígua. A ambigüidade pode resultar quando os sinais não são facilmente mensuráveis. Por exemplo, a avaliação clínica se um pulso está presente ou ausente demonstra moderado a quase perfeito acordo ( $k=0,52$  a  $0,92$ ), mas quando os mesmos clínicos são perguntados se o pulso é normal



ou diminuído, eles têm muita dificuldade de acordo sobre o sinal ( $k= 0,01$  a  $0,15$ ), simplesmente porque eles não têm idéia do que o próximo clínico entende por “diminuído”. Outro motivo pode ser o defeito na técnica clínica. Por exemplo, um erro comum é utilizar o diafragma ao invés da campânula de estetoscópio para detectar uma terceira bulha. Pode ocorrer variação biológica do sinal físico, como a respiração de Cheyne-Stokes que pode desaparecer e retornar ao longo do tempo. Outro motivo de variação no grau de acordo é a falta de cuidado ou desatenção do médico. A pressa pode levar o médico a auscultar o pulmão enquanto faz a entrevista ou procurar um sutil murmúrio em uma sala de emergência movimentada. Estes são alguns dos motivos da variabilidade no grau de acordo interobservador e como exemplo de valores de *Kappa* avaliando a confiabilidade de sinais físicos pode-se citar: exame Mini-Mental ( $k= 0,28-0,80$ ), icterícia ( $0,65$ ), desidratação ( $0,44-0,53$ ), dificuldade respiratória ( $0,54-0,69$ ), presença de impulso apical palpável ( $0,68-0,82$ ), quarta bulha cardíaca ( $0,15-0,52$ ), consistência hepática normal ou anormal ( $0,4$ ), pulso periférico presente ou ausente ( $0,52-0,92$ ), paralisia facial presente ou ausente ( $0,48-0,68$ )<sup>14</sup>. Também pode-se comparar o valor de *Kappa* do presente trabalho com valores de alguns exames complementares: radiografia de tórax para avaliação de cardiomegalia ( $0,48$ ), redistribuição vascular pulmonar ( $0,83$ ), fibrose pulmonar ( $0,45$ ), arteriografia coronária para classificação de lesões arteriais coronárias ( $0,33$ ), tomografia computadorizada do crânio para detectar anormalidade de pacientes com acidente vascular encefálico ( $0,60$ ), ressonância magnética do crânio para avaliar compatibilidade com esclerose múltipla ( $0,57-0,87$ ), ultrassonografia para detecção de nódulos de tireóide ( $0,57-0,66$ ), endoscopia para graduar esofagite por refluxo ( $0,55$ ), exame patológico de biópsia hepática para colestase ( $0,40$ ), doença hepática alcoólica ( $0,49$ ) e cirrose ( $0,59$ ). A reprodutibilidade é outra importante característica dos procedimentos científicos, incluindo a entrevista clínica. Não é raro observarmos um grau significativo de variabilidade quando a mesma história clínica é obtida por médicos diferentes. Parte das discrepâncias podem ser explicadas pelo fato de que os indivíduos apresentam diferentes níveis de precisão e acurácia quando realizam a observação clínica. Outros fatores envolvidos podem ser atribuídos ao processo de reconstrução da história que melhora à medida que são obtidas histórias ou mesmo ao processo de aprendizado a que o paciente é submetido à medida que interage com a equipe de saúde. Por fim, parte pode ser debitada às diferentes capacidades dos médicos em interagir de forma empática com o paciente, obtendo as informações sem dificuldades maiores. A variabilidade

no grau de acordo do trabalho em questão poderia ser diminuída se cada detalhe da história clínica fosse ouvida com mais atenção ou se o observador A possuísse maior grau de experiência clínica. Deve-se lembrar que tanto o médico quanto o paciente são seres humanos, e um certo grau de subjetividade sempre existe.

O desempenho da história clínica como teste diagnóstico foi estabelecido através do cálculo da sensibilidade e especificidade, assim como os valores preditivos positivo e negativo. A sensibilidade é definida como a proporção de pessoas que têm uma doença e que apresentam o teste positivo para a doença. A especificidade é a proporção de pessoas sem a doença que terão o teste negativo. Sensibilidade de um teste expressa a sua capacidade de identificar casos verdadeiros da doença. Quanto maior a sensibilidade, maior a porcentagem de casos que o teste identifica acuradamente como sendo positivo. Especificidade de um teste expressa a sua capacidade de descartar a doença em indivíduos normais. Quanto maior a especificidade maior a chance de um resultado negativo representar um indivíduo normal sem doença <sup>19</sup>. Poucos testes em medicina apresentam 100% de sensibilidade e especificidade. A entrevista clínica encontra-se longe destes valores. Um sintoma pode ser muito sensível (tosse em casos de pneumonia) mas pouco específico (inúmeras doenças produzem tosse); pode ser específico (a dor epigástrica noturna aliviada pela alimentação em casos de úlcera duodenal) mas pouco sensível (muitas pessoas com úlcera duodenal não apresentam este sintoma). Entretanto, sintomas individuais não devem servir de base para a tomada de decisão; e sim o conjunto de sintomas, padrões ou quadros clínicos. O médico deve considerar a reconstrução detalhada da doença no lugar de valorizar um sintoma isolado. Um complexo sintomático (conjunto de sintomas que caracterizam uma doença) é suficientemente sensível e específico para permitir a realização do diagnóstico e da terapêutica. A história clínica obtida com objetividade e precisão fornece um conjunto de dados que permitem delinear um eficiente plano diagnóstico.

Para exemplificar os conceitos acima pode-se analisar um exemplo prático: um exame para detectar angina do peito apresenta-se positivo em cerca de 98% dos pacientes com o diagnóstico de angina, e também positivo em 20% das pessoas que não têm angina. Assim, apesar da sensibilidade do exame ser excelente (98%), a sua especificidade é apenas regular (80%) , pois em 20% dos casos o resultado positivo é falso. Um teste sensível deve ser empregado para triagem dos pacientes, pois raramente um paciente que tem a determinada condição avaliada terá este exame negativo, no entanto, uma vez que o exame esteja positivo



não podemos garantir a condição, visto que 1 em cada 5 exames são falso-positivos, devendo o médico alertar que novos exames serão necessários para confirmar o diagnóstico.

Deve-se reconhecer que todos os testes são sujeitos a falhas e é importante notar que a utilidade de um teste muda de acordo com o ambiente clínico. A prevalência de doença na população a ser testada (probabilidade pré-teste) influencia muito no valor preditivo do teste, que é a proporção de pessoas que têm a doença uma vez que o teste esteja positivo. Em um grupo de pessoas com dor precordial típica e alterações eletrocardiográficas a chance de um resultado elevado de um marcador de necrose miocárdica refletir a presença de um infarto é muito maior do que a mesma elevação em uma população de indivíduos com ECG normal e assintomáticos. A importância do valor preditivo diferenciado para o mesmo resultado de teste tem importância devido a chance de doença ser muito maior na população de maior prevalência pré-teste, com teste positivo autorizando a implementação de condutas terapêuticas de imediato. No outro grupo o resultado alterado determina a solicitação de novos exames para descartar se não se trata de resultado falso-positivo. À medida que vão restando poucas hipóteses diagnósticas, cresce a importância de usar testes com maior especificidade para confirmar a hipótese se o resultado for anormal (ou positivo). Em resumo, um teste de sensibilidade é mais útil quando o seu resultado é negativo, levando à eliminação da hipótese em foco, e um teste de especificidade quando seu resultado é positivo permitindo incluir a hipótese. A sensibilidade da história clínica no presente trabalho foi de 88% e a especificidade de 50%, mostrando-se portanto, um teste sensível mas pouco específico. Pode-se comparar a sensibilidade da história clínica com a sensibilidade do teste ergométrico no diagnóstico de uma síndrome isquêmica que varia de 55 a 70% <sup>20</sup> e cuja especificidade varia de 85 a 90% <sup>20</sup>, dependendo da população estudada. O teste ergométrico é o exame complementar após o ECG mais usado para se obterem evidências de isquemia miocárdica nos pacientes com angina do peito. Pode-se notar que a história clínica apresentou-se mais sensível e menos específica que o teste ergométrico na avaliação de dor torácica.

A avaliação qualitativa dos modelos de entrevista médica foi feita pelos pacientes e pelo entrevistador através de questionários específicos e utilizou parâmetros como: qual o melhor modelo utilizado, qual modelo o paciente sentiu-se ou se comportou mais à vontade e qual modelo permitiu informar melhor as características pesquisadas. Os pacientes preferiram o modelo de anamnese descritiva tradicional, o que pode ser entendido como uma preferência por um modelo que permite maior interação médico-paciente e que deixa que o paciente relate

livremente os seus problemas, anseios e expectativas. Os pacientes que preferiram o modelo tipo formulário banco de dados afirmaram ser um modelo mais objetivo e mais fácil de responder. Pode-se supor que existe variabilidade na preferência dos pacientes devido a diversos fatores como por exemplo, diferença no nível sócio-econômico-cultural. Os pacientes com nível sócio-econômico-social mais desfavorecido preferiram responder o modelo tipo banco de dados por ser um modelo mais fácil de responder pois já apresenta as opções a serem escolhidas pelo paciente. Outro fator importante a ser discutido é a variabilidade pessoal de comportamento, existindo pacientes muito expressivos, que preferiram relatar a história clínica de forma livre, com suas próprias palavras, em comparação com pacientes retraídos, que têm dificuldade em se comunicar e preferiram um modelo mais objetivo, em que não precisassem falar muito. Outra questão significativa foi a diferença existente entre pacientes dos diferentes setores do hospital (ambulatório, emergência, UTI e unidades de internação). Os pacientes do ambulatório apresentavam-se mais receptivos e cordiais devido a relação médico-paciente já ter se desenvolvido anteriormente. Já os pacientes internados mostraram-se mais impessoais, tanto devido o ambiente em que estavam (a maioria dos pacientes manifestou a vontade de estar em casa e não internado no hospital), quanto à falta de vínculo existente com o entrevistador ou o médico. O paciente da UTI mostrou-se com muita dificuldade em se comunicar e preferiu a entrevista médica mais objetiva por este motivo.

A comunicação é a principal ferramenta na entrevista médica e possui grande importância no processo de diagnóstico clínico. Conversação (comunicação pessoa-pessoa em oposição à comunicação mediada por um meio eletrônico por exemplo) tem sido ignorada em pesquisas na área de informática. Como o médico passa 60% da entrevista clínica no processo de conversação é necessário entender adequadamente este processo para desenvolver sistemas informatizados para coleta de dados que possam aumentar a eficiência clínica e somar ao processo de entrevista tradicional, e não substituí-lo. Pesquisas têm demonstrado a realização de sistemas de informação computadorizada para melhorar a eficácia no processo de coleta de dados e assim melhorar o cuidado do paciente, já que erros na comunicação aumentam substancialmente a morbidade e mortalidade clínicas <sup>21</sup>. O trabalho em questão procurou evidenciar diferenças nestes modelos de entrevista médica e fazer uma avaliação qualitativa que demonstrou preferência pelo modelo tradicional mas uma aceitação na introdução de um modelo tipo banco de dados. Estudos têm feito avaliações qualitativas procurando contribuir



no processo de comunicação paciente-entrevistador, objetivando melhoria no processo diagnóstico<sup>22,23</sup>.

O presente trabalho procurou contribuir no esclarecimento do valor da anamnese como teste diagnóstico e a partir dos seus resultados permitiu de modo científico estimar seu verdadeiro valor como prova diagnóstica e no estabelecimento de uma relação mais eficiente e confortável entre médico e paciente.

É necessário que não só que se aumente futuramente a casuística deste trabalho, mas que outros estudos sobre a importância da anamnese como teste diagnóstico sejam desenvolvidos. Outra possibilidade é a utilização de recursos de áudio para registro da entrevista médica, a fim de levantar erros na anamnese, vícios de linguagem e a utilização desse recurso no processo de educação médica.

## **6. CONCLUSÕES**

1. O acordo interobservador revelou-se moderado para o diagnóstico de angina do peito.
2. No presente estudo, observou-se que a história clínica apresentou sensibilidade de 88%, porém baixa especificidade (50%) no diagnóstico de doença arterial coronariana.
3. A preferência dos pacientes foi pelo modelo de anamnese descritiva tradicional , por permitir que estes falassem mais sobre seus problemas, de modo mais pessoal e com suas próprias palavras.



## 7. REFERÊNCIAS

1. Ramos Jr, J. Semiotécnica da observação clínica. São Paulo: Sarvier, 1998.
2. Porto, CC. Exame clínico- bases para a prática médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
3. Schneiderman, H, Peixoto, AJ. Bedside diagnosis. An annotated bibliography of literature on physical examination and interviewing. Philadelphia: American College of Physicians, 1997.
4. Lopes, HS. Analogia e aprendizado evolucionário: aplicação em diagnóstico clínico. Florianópolis, 1996. Tese (doutorado em engenharia elétrica)- Pós-graduação em Engenharia e Elétrica, Universidade Federal de Santa Catarina.
5. Braunwald, E. Unstable angina: a classification. *Circulation* 1989; 80:410-4.
6. Braunwald, E, Rutherford, JD. Cardiopatia isquêmica crônica. In: Braunwald, E. Tratado de medicina cardiovascular. São Paulo: Editora Rocca, 1996; 1386-458.
7. Nourjah, P. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1997 emergency department summary. Advance data from vital and health statistics. N°304. Hyausville, Md: National Center for Health Statistics, 1999.
8. Ewy, GA, Omato, JP. 31° Bethesda Conference Emergency Cardiac Care (1999). *Journal of American College of Cardiology* 2000; 35:825-80.
9. Ministério da Saúde do Brasil/ Funasa/ CENEPI/ Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e IBGE. In: <http://tabnet.datasus.gov.br>, ano 1999/ informações colhidas em 25/07/2002.
10. Panju, AA, Hemmelgarn, RB, Guyatt, G. Is this patient having a myocardial infarction? *Journal of American Medical Association*, 1998; 280:1256-63.
11. Bassan, R. Síndrome coronariana aguda nas unidades de dor torácica. São Paulo: Editora Atheneu, 2000; 4:33-49.
12. Taylor, TR, Aitchinson, J, McGirr, EM. Doctors as decision-makers: a computer-assisted study of diagnosis as a cognitive skill. *British Medical Journal* 1971; 3:35-40.
13. Koerich, BO. Qualidade de vida em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio: diferenças entre reabilitação cardiovascular e tratamento convencional, 1994. Trabalho de conclusão de curso (Graduação), Medicina, UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina, orientador: Roberto Henrique Heinisch.

14. McGee, S. Evidence based physical finding. Philadelphia: W.B Saunders Company 2001; 3:33-50.
15. Bartko, JJ. Measures of agreement: a single procedure. *Statistics in Medicine* 1994;13:737-45.
16. Fleiss, JL. Measuring agreement between two judges on the presence or absence of a trait. *Biometrics* 1975; 31:651-9.
17. DeRouen, TA, Murray, JA, Owen, W. Variability in the analysis of coronary arteriograms. *Circulation* 1977; 55:324-8.
18. Cohen, J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement* 1960; 20:37-46.
19. Drummond, JP, Silva, E. *Medicina baseada em evidências*. São Paulo: Atheneu, 1998; 2:38-40.
20. Porto, CC, editor. *Doenças do Coração, prevenção e tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
21. Coiera, E. When conversation is better than computation. *Journal of the American Statistical Association* 2000; 7:277-86.
22. Gardner, K, Chapple, A. Barriers to referral in patients with angina: qualitative study. *British Medical Journal* 1999; 319:418-21.
23. Ely, JW, Osheroff, JA, Ebell, MH, Chambliss, ML, Vinson, DC, Stevermen, JJ, et al. Obstacles to answering doctors' questions about patient care with evidence: qualitative study. *British Medical Journal* 2002; 324-710.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi digitado segundo as normas da resolução nº 001/2001 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.



## **RESUMO**

### **Avaliação da história clínica como recurso diagnóstico de doença arterial coronariana.**

A história clínica é o principal recurso diagnóstico da angina do peito.

Objetivos: Avaliar a medida do grau de acordo interobservador, o desempenho da história clínica como teste diagnóstico e avaliar modelos de entrevista médica.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal, através de entrevistas médicas padronizadas, em pacientes com dor torácica. Foram utilizados dois modelos de entrevista médica: o modelo tradicional que consistia na caracterização da queixa de dor torácica através de perguntas abertas, e o modelo computadorizado. Após a aplicação do formulário específico era anotado o provável diagnóstico baseado nas informações da história do paciente. O entrevistador desconhecia o diagnóstico final. O diagnóstico final foi estabelecido de forma independente, por um pesquisador que tinha acesso aos exames complementares e aos dados da evolução do paciente.

Resultados: Foram selecionados 30 pacientes com dor torácica, sendo 22 com diagnóstico comprovado de doença arterial coronariana e 8 pacientes com dor torácica de origem não-cardíaca. O desempenho da história clínica como recurso diagnóstico para doença arterial coronariana foi: sensibilidade de 88%, especificidade de 50%, valor preditivo positivo de 72% e valor preditivo negativo de 75%. O acordo interobservador utilizando o índice *Kappa* foi de 0,41. Na opinião dos pacientes houve preferência pelo modelo de anamnese descritiva tradicional, por permitir que estes falassem mais sobre seus problemas do que o modelo computadorizado.

Conclusão: A história clínica apresentou boa sensibilidade, porém baixa especificidade diagnóstica. O acordo interobservador revelou-se moderado para o diagnóstico de angina do peito. Os pacientes preferiram o modelo de anamnese descritiva tradicional.

## **RESUMO**

### **Avaliação da história clínica como recurso diagnóstico de doença arterial coronariana.**

A história clínica é o principal recurso diagnóstico da angina do peito. Objetivou-se avaliar a medida do grau de acordo interobservador, o desempenho da história clínica como teste diagnóstico e avaliar modelos de entrevista médica. Foi realizado um estudo do tipo transversal através de entrevistas médicas padronizadas, em pacientes com dor torácica. Foram utilizados dois modelos de entrevista médica: o modelo tradicional que consistia na caracterização da queixa de dor torácica através de perguntas abertas, e o modelo computadorizado. Após a aplicação do formulário específico era anotado o provável diagnóstico baseado nas informações da história do paciente. O entrevistador desconhecia o diagnóstico final. O diagnóstico final foi estabelecido de forma independente, por um pesquisador com acesso aos exames complementares e evolução do paciente. Foram selecionados 30 pacientes com dor torácica, sendo 22 com diagnóstico comprovado de doença arterial coronariana e 8 pacientes com dor torácica de origem não-cardíaca. O desempenho da história clínica como recurso diagnóstico para doença arterial coronariana foi: sensibilidade de 88%, especificidade de 50%, valor preditivo positivo de 72% e valor preditivo negativo de 75%. O acordo interobservador utilizando o índice *Kappa* foi de 0,41. Na opinião dos pacientes houve preferência pelo modelo de anamnese descritiva tradicional, por permitir que estes falassem mais sobre seus problemas do que o modelo computadorizado. No presente estudo a história clínica apresentou boa sensibilidade, porém baixa especificidade diagnóstica. O acordo interobservador revelou-se moderado para o diagnóstico de angina do peito. Os pacientes preferiram o modelo de anamnese descritiva tradicional.

## **ABSTRACT**

### **Evaluation of clinical history as diagnostic resource of coronary artery disease.**

Clinical history is the main diagnostic resource of the angina pectoris.

Objectives: To assess the interobserver agreement, the performance of clinical history as diagnostic test and to evaluate models of medical interview.

Methods: It is an transversal study throughout standardized medical interviews, in patients with thoracic pain. Two models of medical interview were used: the traditional model that consisted of the characterization of the thoracic complaint of pain throughout open questions and the computerized model. After the application of the specific form was written down the probable diagnosis based on the information of the history of the patient. The interviewer was unaware of the final diagnosis. The final diagnosis was established of independent form, for a researcher that had access to the complementary examinations and the evolution of the patient.

Results: 30 patients with thoracic pain were selected, being 22 with proven diagnosis of coronary artery disease and 8 patients with noncardiac pain. The performance of clinical history as diagnostic test for coronary arterial disease was: sensitivity of 88%, specificity of 50%, positive predictive value of 72% and negative predictive value of 75%. The interobserver agreement using *kappa* statistics were 0.41. The patients had preference for the traditional model of medical interview, for allowing them told more about their problems than with the computer model.

Conclusion: Clinical history presented a good diagnostic sensitivity, but with low specificity. The interobserver agreement showed be moderate for the diagnosis of angina pectoris. The patients preferred the traditional model of anamnesis.



## **SUMMARY**

### **Evaluation of clinical history as diagnostic resource of coronary artery disease.**

Clinical history is the main diagnostic resource of the angina pectoris. The objective in this study was to assess the interobserver agreement, the performance of clinical history as diagnostic test and to evaluate models of medical interview. It is an transversal study throughout standardized medical interviews, in patients with thoracic pain. Two models of medical interview were used: the traditional model that consisted of the characterization of the thoracic complaint of pain throughout open questions and the computerized model. After the application of the specific form was written down the probable diagnosis based on the information of the history of the patient. The interviewer was unaware of the final diagnosis. The final diagnosis was established of independent form, for a researcher that had access to the complementary examinations and the evolution of the patient. 30 patients with thoracic pain were selected, being 22 with proven diagnosis of coronary artery disease and 8 patients with noncardiac pain. The performance of clinical history as diagnostic test for coronary arterial disease was: sensitivity of 88%, specificity of 50%, positive predictive value of 72% and negative predictive value of 75%. The interobserver agreement using *kappa* statistics were 0.41. The patients had preference for the traditional model of medical interview, for allowing them told more about their problems than with the computer model. Clinical history presented a good diagnostic sensitivity but with low specificity. The interobserver agreement showed be moderate for the diagnosis of angina pectoris. The patients preferred the traditional model of anamnesis.

## **APÊNDICE 1**

**Número:** \_\_\_\_\_ **Iniciais do paciente:** \_\_\_\_\_

## Pesquisa: “AVALIAÇÃO DE MODELOS DE ENTREVISTA MÉDICA”

**Formulário de coleta de dados – modelo tipo anamnese dirigida tradicional (adt) – versão 1**

**I. Identificação:** Nome:.....; idade:.....; sexo: .....; estado civil: .....; profissão ou ocupação:.....; local de nascimento e residência:.....; número de internações anteriores:....

**II. Queixa principal:** ..... (Você apresenta (ou já apresentou) dor ou desconforto no tórax?)

III. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: .....

Roteiro para as perguntas:

1. Há quanto tempo?
2. Qualidade da dor?
3. Localização da dor?
4. Irradiação?
5. Fatores de agravo?
6. Fatores de alívio?
7. Duração?
8. Intensidade?
9. Sinais e sintomas concomitantes?
10. Periodicidade?
11. Relação da dor com funções: A dor piora (ou piorava) na inspiração profunda? A dor piora (ou piorava) ao inclinar a parte superior do corpo? A dor piora (ou piorava) ao movimentar os braços e ombros?
12. A dor ou desconforto persiste (ou persistiu)? Qual a duração da dor?
13. Diagnósticos prévios de infarto do miocárdio? pericardite?

### Classificação do tipo de dor anginosa, de acordo com o Estudo CASS

( ) DEFINITIVAMENTE ANGINOSA

( ) PROVAVELMENTE ANGINOSA

( ) PROVAVELMENTE NÃO ANGINOSA

( ) DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA

Rubrica do entrevistador

Data e horário ...../...../2002 .....:.....h

Local ( )ambu; ( ) unidade de internação; ( ) emergência; ( ) UTI; ( ) hemodinâmica; ( ) outro

Dados de identificação do paciente:

Número prontuário	Nome	Idade	Sexo



## **APÊNDICE 2**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
SERVIÇO DE CARDIOLOGIA  
LABORATÓRIO DE CIÊNCIAS CARDIOVASCULARES

Número: \_\_\_\_\_ Iniciais do paciente: \_\_\_\_\_

### **Pesquisa: “AVALIAÇÃO DE MODELOS DE ENTREVISTA MÉDICA”**

#### **Formulário de coleta de dados – modelo tipo formulário de banco de dados (fbd) – versão 1**

1. Você apresenta (ou já apresentou) dor ou desconforto no tórax ou braços? N ( ) S ( )

2. A dor ou o desconforto situa-se (ou situava-se):

a	abaixo do esterno?	N	S
b	próximo do mamilo esquerdo?	N	S
c	próximo do mamilo direito?	N	S
d	nas costas?	N	S
e	em outro local do tórax?	N	S
f	no braço esquerdo?	N	S
g	no braço direito?	N	S
h	no ombro esquerdo?	N	S
i	no ombro direito?	N	S
j	no cotovelo esquerdo?	N	S
k	no cotovelo direito?	N	S
l	no pulso esquerdo?	N	S
m	no pulso direito?	N	S

3. A dor torácica irradia-se (irradiava-se) para o:

a	pescoço?	N	S
b	mandíbula?	N	S
c	dentes?	N	S
d	braço esquerdo?	N	S
e	braço direito?	N	S
f	dois braços?	N	S

4. A dor é (foi) desencadeada pela:

a	marcha?	N	S
b	subindo escadas?	N	S
c	ato sexual?	N	S
d	preocupações?	N	S
e	alimentação?	N	S
f	marcha após alimentação?	N	S
g	exposição ao frio?	N	S

5. A dor já o fez acordar durante a noite?

N ( ) S ( )

6. A dor piora (ou piorava) na inspiração profunda?

N ( ) S ( )

7. A dor piora (ou piorava) ao inclinar a parte superior do corpo?

N ( ) S ( )

8. A dor piora (ou piorava) ao movimentar os braços e ombros?

N ( ) S ( )

9. A dor ou desconforto persiste (ou persistiu):

a	durante um estalar de dedos?	S	N
b	um segundo, ou menos ainda?	S	N
c	um minuto, ou menos ainda?	S	N
d	um a cinco minutos?	S	N
e	cinco a 10 minutos?	S	N
f	10 a 15 minutos?	S	N
g	mais de 15 minutos?	S	N
h	mais de 30 minutos?	S	N
i	durante horas	S	N
j	durante dias	S	N

10. Você utiliza (ou já utilizou) nitratos para controlar a dor? N ( ) S ( )

11. O nitrato alivia (ou aliviou) a dor ou desconforto em:

a	30 minutos?	N	S
b	um a cinco minutos?	N	S
c	cinco minutos?	N	S
d	mais de 10 minutos?	N	S

12. A primeira vez que você observou desconforto torácico foi:

a	há mais de um ano?	N	S
b	há mais de seis meses?	N	S
c	há mais de três meses?	N	S
d	há mais de um mês?	N	S
e	na última semana?	N	S
f	há menos de 48 horas	N	S

13. Presumindo que você sentiu desconforto torácico pela primeira vez há algum tempo, qual o intervalo livre de sintomas?

a	mais de um ano?	N	S
b	mais de seis meses?	N	S
c	mais de três meses?	N	S
d	mais de dois meses?	N	S
e	mais de um mês?	N	S
f	durante o último mês?	N	S
g	durante a última semana?	N	S

14. Atualmente, qual a frequência do seu desconforto torácico?

a	menos de três vezes por semana?	N	S
b	pelo menos uma vez por dia?	N	S
c	várias vezes por dia?	N	S

15. As características do desconforto torácico alteraram-se no último mês? EM CASO DE RESPOSTA NEGATIVA VÁ ATÉ O ITEM 16

a	Você teve mais episódios durante o último mês?	N	S
b	O desconforto aparece com menor esforço físico?	N	S
c	O desconforto acorda-o durante a noite?	N	S
d	O desconforto permanece por mais tempo do que antes? (um mês)	N	S
e	O nitrato alivia os sintomas com a mesma rapidez que antes?	N	S

16. Já apresentou infarto do miocárdio? N ( ) S ( )

17. Já apresentou pericardite? N ( ) S ( )

Classificação do tipo de dor anginosa, de acordo com o Estudo CASS

( ) DEFINITIVAMENTE ANGINOSA

( ) PROVAVELMENTE ANGINOSA

( ) PROVAVELMENTE NÃO ANGINOSA

( ) DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA

Rubrica do entrevistador

Data e horário ...../...../2002 .....:.....h

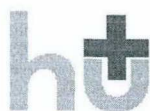
Local ( ) ambu; ( ) unidade de internação; ( ) emergência; ( ) UTI; ( ) hemodinâmica; ( ) outro

Dados de identificação do paciente:

Número prontuário	Nome	Idade	Sexo



## **APÊNDICE 3**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
SERVIÇO DE CARDIOLOGIA  
LABORATÓRIO DE CIÊNCIAS CARDIOVASCULARES

Número: \_\_\_\_\_ Iniciais do paciente: \_\_\_\_\_

Pesquisa: “AVALIAÇÃO DE MODELOS DE ENTREVISTA MÉDICA”

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DE MODELOS DE ENTREVISTA  
MÉDICA – A ser aplicado com o PACIENTE – versão 1

- 1- Considerando os modelos de entrevistas aplicados – adt e fbd – (explica-se ao paciente), qual foi a que você mais gostou e porquê?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 2- Em qual o modelo de entrevista, você se sentiu mais a vontade? Porquê?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 3- Você conseguiu falar tudo sobre a sua dor? Qual o modelo de entrevista, no seu ponto de vista, permitiu transmitir/falar melhor os seus problemas?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 4- Você deixou de colocar algum detalhe do seu problema? Em qual dos modelos de entrevista isso ocorreu?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 5- Gostaria de colocar alguma sugestão/crítica sobre os modelos de entrevistas aplicados?

## **APÊNDICE 4**





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
SERVIÇO DE CARDIOLOGIA  
LABORATÓRIO DE CIÊNCIAS CARDIOVASCULARES

**Número:** \_\_\_\_\_ **Iniciais do paciente:** \_\_\_\_\_

**Pesquisa: “AVALIAÇÃO DE MODELOS DE ENTREVISTA MÉDICA”**

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DE MODELOS DE ENTREVISTA MÉDICA – A ser aplicado ao ALUNO ou ao MÉDICO – versão 1

- 1- Qual dos modelos de entrevista – adt e fbd – foi mais fácil de aplicação? Comente.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 2- Você obteve todos os dados necessários para avaliação da dor do paciente? Explique qual dos modelos lhe permitiu melhor caracterização da queixa do paciente.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 3- Em algum dos modelos de entrevista faltou dados para caracterizar a dor do paciente entrevistado? Explique.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 4- Mencione vantagens e desvantagens de cada modelo.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 5- Como aluno ou médico, o fato de ter aplicado os modelos de entrevista médica lhe trouxe algum benefício? Qual? Porquê?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 6- Você tem alguma sugestão/crítica sobre os modelos de entrevistas aplicados?

## **APÊNDICE 5**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
SERVIÇO DE CARDIOLOGIA  
LABORATÓRIO DE CIÊNCIAS CARDIOVASCULARES

**Pesquisa: “AVALIAÇÃO DE MODELOS DE ENTREVISTA MÉDICA”**  
**Formulário de coleta de dados – modelo tipo diagnóstico final – versão 1**

Rubrica do entrevistador

Data e horário ...../...../2002 .....:.....h

Local ( ) ambu; ( ) unidade de internação; ( ) emergência; ( ) UTI; ( ) hemodinâmica; ( ) outro

Dados de identificação do paciente:

Número prontuário	Nome	Idade	Sexo

Classificação do tipo de dor anginosa, de acordo com o Estudo CASS

Weiner DA, Ryan TJ, McCabe CH et al. Exercise stress testing: correlations among history of angina, ST-segment response and prevalence of coronary artery disease in the Coronary Artery Surgery Study (CASS). N Engl J Med 301: 230-5, 1979.

- ( ) DEFINITIVAMENTE ANGINOSA  
( ) PROVAVELMENTE ANGINOSA  
( ) PROVAVELMENTE NÃO ANGINOSA  
( ) DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA



## **ANEXO 1**

## **Classificação do Tipo de Dor Anginosa, de Acordo com o Estudo CASS <sup>11</sup>**

*(Coronary Artery Surgery Study)*

### **Definitivamente anginosa**

Dor / desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitada pelo esforço físico, podendo ter irradiação para o ombro, a mandíbula ou a face interna do braço, com duração de alguns minutos, e aliviada pelo repouso ou nitrato em menos de 10 minutos

### **Provavelmente anginosa**

Tem a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa (podendo até ser inteiramente típica sob alguns aspectos).

### **Provavelmente não-anginosa**

Tem algumas poucas características da dor definitivamente anginosa, não apresentando as demais (principalmente a relação com o esforço).

### **Definitivamente não-anginosa**

Não tem nenhuma das características da dor anginosa, principalmente a relação com o esforço (apesar de poder se localizar na região precordial ou retroesternal).

Fonte: Bassan, R. Síndrome coronariana aguda nas unidades de dor torácica. São Paulo:  
Editora Atheneu, 2000; 4:33-49.

## **ANEXO 2**



## Inter-observer agreement and physical signs<sup>14</sup>

FINDING	K-STATISTIC
<b>General Appearance</b>	
<b>Mental Status Examination</b>	
Mimi-Mental Status Examination	0,28-0,80
Clock-drawing test (Wolf-Klein method)	0,73
Confusion Assessment Method for Delirium	0,81
<b>Stance and Gait</b>	
Abnormal gait	0,11-0,52
<b>Skin</b>	
Patient appears anemic	0,23-0,48
Nail bed pallor	0,19-0,34
Conjunctival pallor (rim method)	0,54-0,75
Cyanosis	0,36-0,70
Jaundice	0,65
Vascular spiders	0,61-0,73
Palmar Erythema	0,37-0,49
<b>Hydration Status</b>	
Patient appears dehydrated	0,44-0,53
Axillary dryness	0,5
Increased moisture on skin	0,31-0,53
<b>Nutritional Assessment</b>	
Abnormal nutritional state	0,27-0,36
<b>Other</b>	
Consciousness impaired	0,65-0,88
Patient appears older than age	0,38-0,42
Patient appears in pain	0,43-0,75
Generally unwell appearance	0,52-0,64
<b>Vital Signs</b>	
Hypotension, systolic blood pressure <90mmHg	>0,9
Osler's sign	0,26-0,72
Elevated body temperature, palpating the skin	0,09-0,23
Tachypnea	0,25
<b>Head and Neck</b>	
Diabetic Retinopathy	
Microaneurysms	0,58-0,66
Intraretinal hemorrhages	0,89
Hard exsudates	0,66-0,74
Cotton wool spots	0,56-0,67
Intraretinal microvascular abnormalities (IRMA)	0,46
Neovascularization near disc	0,21-0,48
Macular edema	0,21-0,67
Overall grade	0,65
<b>Hearing</b>	
Whispered voice test	0,16-1,0
<b>Thyroid</b>	
Thyroid gland diffuse, multinodular, or solitary nodule	0,25-0,70
Goiter present or absent	0,38-0,77

**Meninges**

Nuchal rigidity, present or absent 0,76

**Lungs****Inspection**

Clubbing 0,33-0,45

Breathing difficulties 0,54-0,69

Reduced chest movement 0,14-0,38

Scalene or esternocleidomastoid muscle contraction 0,52

Kyphosis 0,37

Displaced trachea 0,01

**Palpation**

Tracheal descent during inspiration 0,62

Impalpable apex beat 0,33-0,44

Decreased tactile fremitus 0,24

Increased tactile fremitus 0,01

Subxiphoid point of maximal cardiac impulse 0,30

Paradoxical costal margin movement 0,56

**Percussion**

Hyperresonant percussion note 0,26-0,50

Dull percussion note 0,16-0,52

Diaphragm excursion more or less than 2 cm, by percussion -0,04

Diminished cardiac dullness 0,49

Auscultatory percussion abdominal 0,18-0,39

**Auscultation**

Reduced breath sound intensity 0,16-0,47

Bronchial breathing 0,19-0,32

Whispering pectoriloquy 0,11

Crackles 0,21-0,63

Wheezes 0,43-0,93

Rhonchi 0,55

Pleural rub 0,51

**Special tests**

Snider test <10 cm 0,39

Forced expiratory time 0,27-0,70

Wells system for clinical probability for pulmonary embolus 0,86

**Heart****Neck veins**

Neck veins, elevated or normal 0,38-0,69

Abdominojugular test 0,92

**Palpation**

Palpable apical impulse present 0,68-0,82

Palpable apical impulse measurable 0,56

Palpable apical impulse displaced lateral to midclavicular line 0,43-0,64

**Percussion**

Cardiac dullness >10,5 cm from midsternal line 0,57

**Auscultation**

S2 diminished or absent vs. normal	0,54
Third heart sound	-0,17-0,69
Fourth heart sound	0,15-0,52
Presence of systolic murmur	0,19
Systolic murmur radiates to right carotid	0,33
Systolic murmur, long systolic or early systolic	0,78
Carotid	

---

Fonte: McGee, S. Evidence based physical finding. Philadelphia: W.B Saunders Company 2001; 3:33-50.



TCC  
UFSC  
CM  
0491

Ex.1

TCC

TCC 0491  
Autor: Colin, Camila  
Título: Avaliação da história clínica co



972812396

Ac. 253640

Ex.1 UFSC BSCCSM

N.Cham. TCC UFSC CM 0492